

MANTENIMENTO ISCRIZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA – Art. 46 e Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____
nato/a a _____ il _____ residente in
_____ (Prov. ____) Via _____
n. _____ CAP _____ Tel. _____ Cell. _____
e-mail _____ PEC _____

comunica, ai sensi della L. 11/01/2018 n. 3, che intende **MANTENERE L'ISCRIZIONE** presso codesto Ordine Provinciale, all' **ALBO**

dei **MEDICI-CHIRURGHI** [] Posiz. n. _____ degli **ODONTOIATRI** [] Posiz. n. _____

A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

➤ DI **ESERCITARE LA PROPRIA ATTIVITÀ** professionale nel Comune di _____ (prov. ____)
Via _____ n. _____ C.A.P. _____ presso

OPPURE

➤ DI ESSERE **DOMICILIATO** (Art. 43 c.c.) in _____
Via _____ N. _____ C.A.P. _____
presso _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

RESIDENZA SEDE DELL'ATT. LAVORATIVA DOMICILIO (ART. 43 C.C.) DOM. SPECIALE (Mod. All.to)

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 - GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link:
https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_febbraio_2021.pdf

Data _____ Firma _____

INVIO x POSTA/PEC/e-mail ecc... (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata **RICEVUTA** N. ° _____ del _____